

HEMPEL Gilbert

432

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES ABCÈS DU SEIN
CHEZ LA JEUNE FILLE

1925

IMPRIMERIE H. ANDRÉ

21, Rue Cauchoise

ROUEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HEMPEL Gilbert-Albert-Hugo

né le 22 Octobre 1893

à BETHENCOURT-s/-MER (Somme)

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES ABCÈS DU SEIN

CHEZ LA JEUNE FILLE

Président : M. LEJARS. Professeur

1925

IMPRIMERIE H. ANDRÉ

21, Rue Cauchoise

ROUEN



LE DOYEN.

M. ROGER

I. — LES PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	Nicolas
Anatomie médico-chirurgicale.	Cunéo
Physiologie	Ch. Richet
Physique médicale	N.
Chimie organique et chimie générale.	Desgrès
Bactériologie	Bezançon
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel Labb
Pathologie médicale.	Sicard
Pathologie chirurgicale.	Lecène
Anatomie pathologique.	Roussy
Histologie	Prenant
Pharmacologie et matière médicale	Richaud
Thérapeutique	Carnot
Hygiène	Léon Bernard
Médecine légale	Balthazard
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Ménetrier
Pathologie expérimentale et comparée	Roger
	Gilber
	Chauffard
Clinique médicale.	Achard
	Widal
Hygiène et clinique de la première enfance	Marfan
Clinique des maladies des enfants.	Nobécourt
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. Claude
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Jeanselme
Clinique des maladies du système nerveux.	Guillain
Clinique des maladies infectieuses	Tessier
	Delbet
Clinique chirurgicale	Hartmann
	Lejars
	Gosset
Clinique ophtalmologique	Terrien
Clinique urologique	Legueu
	Couvelaire
Clinique d'accouchements	Brindeau
	Jeannin
Clinique gynécologique	J.-L. Faure
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Ombredanne
Clinique thérapeutique médicale	Vaquez
Clinique oto-rhino-laryngologique	Sebileau
Clinique thérapeutique chirurgicale	Duval
Clinique propédeutique.	Sergent

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

M.

Abrami . .	Pathologie médicale
Aglave . .	Pathologie chirurgicale
Aubertin . .	Pathologie médicale
Basset . . .	Pathologie chirurgicale
Baudouin . .	Pathologie médicale
Binet . . .	Physiologie
Blanchetière	Chimie biologique
Branca . . .	Histologie
Brulé . . .	Pathologie médicale
Busquet . .	Pharmacologie et ma- tière médicale
Cadenat . .	Pathologie chirurgicale
Champy . . .	Histologie
Chiray . . .	Pathologie médicale
Clerc . . .	Pathologie médicale
Debré . . .	Hygiène
I. de Jong . .	Anatomie pathologique
Duvoir . . .	Médecine légale
Ecalte . . .	Obstétrique
Fliessinger . .	Pathologie médicale
Foix . . .	Pathologie médicale
Garnier . . .	Pathologie expérimentale
Harvier . . .	Pathologie médicale
Heitz-Boyer . .	Urologie
Hovelacque . .	Anatomie
Joyeux . . .	Parasitologie

MM.

Labbé (Henri)	Chimie biologique
Lardennois . .	Pathologie chirurgicale
Le Lorier . . .	Obstétrique
Lemaitre . . .	Oto-rhino-laryngologie
Lemierre . . .	Pathologie médicale
Lévy-Solal . .	Obstétrique
Lhermitte . . .	Pathologie mentale
Lian . . .	Pathologie médicale
Mathieu . . .	Pathologie chirurgicale
Metzger . . .	Obstétrique
Mocquot . . .	Pathologie chirurgicale
ondor . . .	Pathologie chirurgicale
Moure . . .	Pathologie chirurgicale
Mulon . . .	Histologie
Philibert . . .	Bactériologie
Ribierre . . .	Pathologie médicale
Richet Fils . .	Physiologie
Rouvière . . .	Anatomie
Tanon . . .	Pathologie Médicale
Tiffeneau . . .	Pharmacologie et ma- tière médicale
Vaudescal . .	Obstétrique
Verne . . .	Histologie
Villaret . . .	Pathologie médicale
Welter . . .	Ophthalmologie

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Gougerot . .	Pathologie médicale
Guéniot . . .	Obstétrique

MM.

Retterer . . .	Histologie
----------------	------------

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Auvray. . .	Clinique chirurgicale	Léri	Clinique médicale
Chevassu . .	Clinique chirurgicale	Lœper	Clinique médicale
Laiguel-Lavastine	Clinique médicale	Proust	Clinique chirurgicale
Lereboullet .	Clinique médicale infan- tile	Rathery . .	Clinique médicale
		Schwartz. .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGES DE COURS

MM. Mauclair ^e , agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
Frey		Stomatologie
Chailley-Bert.		Education physique
Ledoux-Lebard		Radiologie clinique

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES ABCÈS DU SEIN
CHEZ LA JEUNE FILLE

PAR

HEMPEL Gilbert

1925

IMPRIMERIE H. ANDRÉ

21, Rue Cauchoise

ROUEN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551626_0085

A la mémoire de mon père

A ma mère

A JEAN LEGRAND et à mes amis

A Messieurs les Professeurs de la Faculté
de Paris.

A mes maîtres dans les hôpitaux de Paris :

Monsieur le Professeur DELBET

Monsieur le Professeur WIDAL

Monsieur le Docteur BENSAUDE

Monsieur le Docteur LESNÉ

Monsieur le Docteur BOUFFE DE ST-BLAISE

A mes maîtres dans les Asiles.

A Monsieur le Docteur POCHON

A Monsieur le Docteur LATAPIE

A Monsieur le Docteur GASSIOT

A mon Président de Thèse
Monsieur le Professeur LEJARS, Chevalier
de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Au moment d'accomplir le dernier acte de notre scolarité qui nous ouvrira la carrière médicale, nous voulons manifester notre reconnaissance à tous ceux qui ont facilité notre tâche.

A notre oncle, Monsieur Hugo Hempel, au Docteur Salies, à qui nous devons d'avoir trouvé le réconfort et la volonté nécessaire pour arriver au but.

Nous remercions nos maîtres dans les hôpitaux, nos professeurs à l'Ecole de Médecine, nos maîtres dans les asiles.

Nous témoignons particulièrement notre reconnaissance à Monsieur le Docteur Pochon, dont nous sommes l'interne depuis plus de trois ans, pour sa bienveillance à notre égard ; il a été pour nous, chaque jour, un exemple de patience et de bonté.

Nous remercions Monsieur le Docteur William Carpentier de nous avoir guidé dans ce modeste travail, ainsi que Messieurs les Docteurs Dubuc, Flour et Loisel qui ont eu la bonté de nous communiquer leurs observations si précises.

Que Monsieur le Professeur Lejars, qui a bien voulu présider cette thèse, nous permette de lui exprimer toute notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES ABCÈS DU SEIN

CHEZ LA JEUNE FILLE

INTRODUCTION

Si l'on se recommande de la classification des infections aiguës de la mamelle, considérées dans leur ensemble aussi bien chez l'homme que chez la femme, on a vite fait de constater que deux importantes divisions s'imposent du fait même de l'anatomie du sein.

On sait en effet que la mamelle comprend une portion noble, différenciée, dont le rôle physiologique consiste dans l'élaboration du lait et qui est la glande proprement dite. Cette glande divisée en territoires lobaires est noyée dans un tissu adipeux « d'emballage » contenu lui-même dans la peau. Qu'une infection se produise dans l'organe, elle peut siéger dans la glande proprement dite, d'où la classe des mastites. Elle peut n'atteindre que le tissu adipeux d'où la classe des para-mastites.

Nous nous sommes donné pour tâche l'étude clinique de l'abcès du sein chez la jeune fille. Il semble donc à première vue que ce travail doive être extrêmement bref.

En effet d'abord s'éliminent d'elles-mêmes les collections purulentes du sein, chez l'homme, rares d'ailleurs.

Ensuite, des quatre périodes de la vie féminine pendant lesquelles l'activité de la glande se manifeste d'une manière plus particulière, naissance, puberté, grossesse et allaitement, nous ne considérons que la seconde avec l'extension envisagée plus loin.

Il suffirait, semble-t-il, de rechercher et d'étudier parmi toutes les mastites et les para-mastites de l'adolescente, celles qui peuvent aboutir à la formation d'un phlegmon plus ou moins circonscrit, et fort de la classification nosologique on ne manquerait pas d'être complet.

Si nous avons pour but une étude purement théorique, nous

ne devrions pas agir autrement comme si l'abcès du sein n'était pas susceptible d'emprunter la sèmeiologie propre à nombre de collections nées dans le voisinage, causant ainsi nombre d'erreurs.

A la vérité, c'est cette dernière remarque qui justifie à elle seule notre modeste travail. Aussi on ne s'étonnera pas du développement que nous avons donné au chapitre diagnostic.

Nous aspirons au rôle médical de praticien. C'est en praticien que nous avons envisagé la question, comme nous imaginons qu'elle se pose habituellement; une jeune fille présente une tuméfaction du sein : est-ce une collection liquide ? Est-ce un abcès ? S'il en est ainsi est-ce un abcès propre à la mamelle, mastite ou paramastite suppurée, aiguë ou chronique ? Si oui, quelle affection du sein lui a donné naissance ? Sinon, quelle maladie d'organe voisin en est l'origine ?

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Il est de notion courante que les maladies du sein chez la femme sont très fréquentes. Mais de toute sa vie, c'est la période d'activité génitale, de 20 à 50 ans si l'on veut, qui est la plus féconde en accidents mammaires et pour cause.

Chez le nourrisson, la pathologie de la glande ne comprend guère que la mammite des nouveaux-nés. Chez l'adolescente, elle n'est guère plus riche si l'on considère les affections de l'organe proprement dit. Mais il n'en est plus de même si l'on fait état de toutes celles qui, soit par continuité de tissu, soit par métastase, ont une partie de leur symptomatologie quelquefois exclusivement mammaire, cliniquement parlant du moins.

De tout cet ensemble de maladies, nombre d'entre elles sont susceptibles d'aboutir à la suppuration, à l'abcès du sein.

L'abcès du sein chez la jeune fille, tout compte fait de nos lectures, nous apparaît comme très rare. Nous n'avons pu en réunir que sept cas inédits de quelque origine qu'ils soient.

Mais il va sans dire qu'en réalité beaucoup d'abcès mammaires sont probablement incisés par le médecin, sans tenir compte de l'origine, directement à son cabinet ou au lit du malade tout comme on incise une collection suppurée par lymphangite banale du tissu cellulaire.

Il en résulte que nous ne tenterons pas d'établir une statistique quelconque, sachant par avance qu'elle consacrerait une erreur.

L'adolescence s'étend environ de 13 à 18 ans, âge auquel on peut admettre qu'en général le développement mammaire est très avancé.

Mais quand nous avons entrepris ce travail, nous avions dans l'esprit de l'étendre au-delà de la fin de la formation. Cela n'est pas sans raison : quantité d'abcès du sein relèvent de la grossesse et de l'allaitement. Ils constituent un chapitre à part commun à la chirurgie et à l'obstétrique : ils ne sauraient nous intéresser ici. Mais, entre la fin de l'adolescence et le début de la vie génitale qui peut commencer plus ou moins tard, s'étend une période de repos pour la glande dont nous devons nous préoccuper. En théorie même nous aurions dû prendre pour titre : de l'abcès du sein chez la femme de la formation à la conception. Mais nous allons voir immédiatement qu'en pratique c'eût été pousser trop loin les choses.

Des sept cas que nous publions, il ressort que c'est entre 14 et 17 ans que les collections purulentes du sein se rencontrent presque exclusivement. Après elles sont exceptionnelles. Disons en passant que le côté atteint se trouve être six fois le droit et une fois le gauche, sans qu'on puisse tirer de ces chiffres de conclusion utile, ni tenter d'explication anatomique.

Causes efficientes. — Qui dit abcès dit infection. Quels sont donc les agents infectieux susceptibles de produire la suppuration du sein chez la jeune fille ?

Il s'agit le plus souvent des microbes courants de la suppuration, le streptocoque et le staphylocoque. Mais on peut s'attendre à rencontrer d'autres germes s'il s'agit d'abcès métastatiques. Ainsi Baumgartner rapporte que les bacilles d'Eberth et paratyphiques charriés dans le sang du typhique viennent se greffer sur les seins, occasionnant des abcès, véritables complications de la fièvre typhoïde. Tallier cité par Vassal a décélé le staphylocoque doré dans un abcès chez une fillette de 14 ans après une poussée de furonculose. Nous regrettons que sur les sept cas rapportés plus loin, aucun examen bactériologique sauf pour un des cas, n'ait été pratiqué.

Causes prédisposantes. — Nous avons vu que l'âge de prédilection des suppurations mammaires chez la vierge est compris entre 14 et 17 ans. Or, cette période est celle du maximum d'activité formatrice de la glande qui est le siège de modifications importantes dont nous retenons l'accroissement très rapide coïncidant avec une vascularisation considérable et une circulation intense. Rien d'étonnant que d'aussi nombreuses voies d'apport favorisent la fixation de germes même médiocrement virulents sur des tissus en voie d'organisation.

En un mot, on peut répéter pour le sein ce qu'on dit du bulbe osseux des adolescents si apte à fixer le staphylocoque sous forme d'ostéomyélite.

Causes adjuvantes. — Là encore le parallèle avec l'ostéomyélite se complète. On a invoqué pour celle-ci l'influence du traumatisme fréquent à cet âge des jeux bruyants et des chûtes. Pour le sein, il est indéniable qu'il est exposé aux coups et d'autant plus qu'il est plus saillant.

Même, on pourrait peut-être expliquer, par l'habitude courante de se servir plus souvent du bras droit, la plus grande fréquence de l'abcès à droite. Mais cette remarque peut être insignifiante. Le port du corset, presque toujours mal fait, pincant souvent l'organe ou le blessant avec son busc rigide ou ses baleines brisées et chassées de leurs gaines usées a beaucoup plus d'importance. Une observation de Phocas bien que ne concernant pas une affection suppurative, et une autre de Lucas-Championnière témoignent de l'importance de ces traumatismes répétés.

Vassal dans sa thèse traitant de la mammite des adolescents plus connu, dit-il, chez les garçons, incrimine toute une série de traumatismes spéciaux : succion et titillation mamillaire, congestion résultant d'un excès de continence ou de l'onanisme. Les mêmes causes peuvent produire les mêmes effets chez les filles que chez les garçons, leurs seins se prêtant mieux et plus efficacement aux manœuvres les plus diverses.

Ces traumatismes sont légers. Le choc, violent, peut déterminer la formation d'un hématome capable de suppurer; ainsi que Volpeau le dit d'une jeune fille de 19 ans qui eut un abcès de l'aréole à la suite d'un coup reçu dans la rue. On trouvera une observation d'un cas semblable à la fin de cette étude (Obs. n° 4.)

Enfin il est des infections cutanées ou aréolaires secondaires à d'autres traumatismes qu'on ne saurait négliger : gelures ou véritables engelures du mamelon, folliculites, acarirose ou phytiriasse vestimentaire infectée.

Pathogénie. — La question du mode d'infection de la glande mammaire a soulevé de nombreuses discussions. Nous ne saurions entrer ici dans des détails sans altérer le caractère surtout clinique de notre étude.

a) Voie endogène. — Pour Vassal ce serait le mode le plus habituel, exclusif peut-être pour la mammite des adolescents. Le cas rapporté de Tellier, déjà cité plus haut, serait démonstratif si l'on avait fait l'examen du sang. L'observation n'en reste pas moins suggestive car le pus a été recueilli avec tout le soin désirable et toute idée de traumatisme ou d'érosion du tégument doit être écartée. Nous avons vu que des abcès dothiénentériques métastatiques avaient été observés chez les jeunes filles; il y a tout lieu d'éliminer spécialement dans ces cas le traumatisme et l'érosion de la glande puisque

cette catégorie d'infectées sont inertes depuis des semaines quand l'abcès apparaît. Notre observation n° 7 a trait à un abcès du sein survenu au cours d'une scarlatine.

D'autre part nous n'hésitons pas à rapprocher de ces faits la mammite ourlienne, bien qu'elle ne suppure jamais comme toutes les autres manifestations de cette maladie; dans ces cas particuliers, l'infection glandulaire ne se conçoit que par propagation endogène comme pour l'ovaire ou le testicule.

Remarquons aussi que c'est le torrent circulatoire qui apporte aux environs de la thèque les germes qui feront suppurer le kyste hydatique du sein.

Voie exogène. — C'est la voie canaliculaire pour Velpeau et Chassaignac, la voie lymphatique pour Nélaton et Giralès. Nous n'avons pas à exposer ni à discuter les arguments de Duplay et de Budin en faveur de la première hypothèse ni ceux de Winkel et de Billroth à l'appui de la seconde. Ce qui importe pour nous c'est de savoir que les germes pathogènes peuvent remonter le long des voies excrétrices, apportés par les doigts au cours de manœuvres douteuses, ou pénétrer dans les lymphatiques à la faveur d'une érosion, plaie ulcéraire, tunnel acarien, engelure ou gerçure.

Telles sont les notions étiologiques et pathogéniques que nous devons retenir. Les mastites et para-mastites suppurées, aiguës ou chroniques de la jeune fille relèvent de causes nombreuses. Elles peuvent être primitives, c'est-à-dire prendre naissance *in situ*, non loin du point d'inoculation et c'est le cas le plus fréquent. Elles peuvent être secondaires à des infections générales. C'est le cas le plus rare. Ce qui importe pour nous c'est qu'elles ont pour conclusion clinique un abcès qu'il faut diagnostiquer et essayer ensuite de rapporter à sa vraie cause, afin de ne pas le confondre avec les suppurations des plans sous-jacents ou des organes voisins qui entraînent à une thérapeutique opératoire plus compliquée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On ne meurt pas d'abcès du sein. Nous ignorons si des relations nécropsiques de femmes décédées de dothièmentérie ont été publiées du moins pour ce qui concerne des abcès de la glande. Par conséquent, les notions qui suivent sont tirées des constatations faites au cours des opérations chirurgicales exécutées sous le secours de l'anesthésie générale.

L'abcès est l'aboutissant d'une mastite ou d'une paramastite. D'où deux cas à considérer.

Abcès par mastite. — L'abcès est peu volumineux en général, il est lobulaire. Il n'atteint jamais la totalité de la glande; s'il contient

une grande quantité de pus, c'est que plusieurs lobules abcédés se sont ouverts les uns dans les autres (voir Obs. n° 1). Dans ce cas, il en résulte une cavité irrégulièrement sphérique.

Une particularité qui nous a paru intéressante consiste dans la rigidité de la paroi de la poche. Celle-ci en effet une fois ouverte ne s'affaisse pas; l'infiltration de la glande, autour de l'abcès, forme une sorte de coque cartonnée, de sorte que les éperons qui résultent des ouvertures des collections liquides les unes dans les autres font une saillie épaisse et dure dans la cavité. Au point de vue opératoire, il importera de les abattre aux ciseaux pour obtenir des surfaces planes et régulières susceptibles de mieux s'accoler.

La présence de ces éperons explique peut-être la formation de ces interminables fistules auxquelles aboutissent parfois les suppurations du sein, surtout quand on a incisé seulement l'abcès le plus superficiel « d'un coup de pointe » sans se préoccuper de l'existence possible de collections profondes, s'ouvrant par un petit diaphragme dans la cavité traitée. L'abcès superficiel se rétrécit bien parce que ouvert mais ne s'affaisse pas entièrement. Il subsiste un trajet fistuleux d'où s'écoule le pus venant de la profondeur.

Dans les cas où le drainage a été correctement établi, l'abcès s'assèche plus ou moins rapidement, les parois bourgeonnent et s'accolent après une période de détersion d'une douzaine de jours et il ne reste à la guérison qu'une cicatrice fibreuse, adhérente à la peau, qui se capitonne parfois.

On conçoit qu'au point de vue physiologique les lobules ainsi atteints soient impropres à la fonction lactogène. D'autre part, les canaux galactophores voisins sont attirés et coudés par la cicatrice, l'évacuation normale du lait sera difficile.

Il n'y a pas lieu de se préoccuper de l'adénopathie axillaire qui manque toujours.

Abcès par paramastites. — Nous laisserons avec intention de côté les abcès du mamelon et de l'aréole, qui naissent autant dire sur place et qui, étant donné la finesse de la muqueuse, ne gagnent pas la profondeur pour la raison qu'ils s'ouvrent facilement et le plus souvent spontanément.

Il n'en est pas de même de l'abcès sous-cutané. Il est limité aux fossettes adipeuses qui doublent en si grand nombre la peau de la région.

Remarquons que cela n'est vrai sans doute que dans tout le début de l'évolution. Le réseau lymphatique périlobulaire n'est peut-être pas toujours une barrière suffisante opposée à la progression de l'infection vers le lobule par simple continuité de tissu. Rien n'empêche en théorie la contamination d'un lobe glandulaire contigu à

l'inflammation; de la même manière qu'un abcès lobaire infecte le tissu cellulaire sous-cutané avant d'atteindre la peau.

En sorte que, la paroi de l'abcès sous-cutané, qui pourra n'être pas limité par du tissu glandulaire plus ou moins altéré, pourra communiquer avec un abcès glandulaire secondaire.

Il importe de noter la polyadénite axillaire qui s'explique fort bien par l'envahissement rapide des lymphatiques de la peau et du tissu adipeux péri-lobulaire.

Nous verrons au point de vue diagnostic que la présence de cette adénopathie pourra constituer un bon moyen de distinguer l'abcès du sein d'origine cutanée de l'abcès glandulaire, quand les deux variétés seront assez avancées, pour qu'il soit malaisé de discerner l'une de l'autre.

SEMEIOLOGIE

L'abcès du sein qu'il soit glandulaire ou sous-cutané, aigu ou latent a une histoire clinique qu'il importe de retracer.

Il s'agit de jeunes filles qui ont au moins 14 ans puisqu'il n'a pas été publié de cas de mastite suppurée au-dessous de cet âge. De 14 à 17 ans, il s'agira plutôt de mastite vraie des adolescents. Au-delà on devra plutôt penser à la paramastite.

Bien que la notion du traumatisme direct duement constaté soit toujours sujette à caution en matière d'affection mammaire, on ne devra pas perdre de vue que l'hématome consécutif à un coup violent peut être l'origine d'une suppuration aiguë ou subaiguë (Velpéau, — notre Observation IV). Il est à remarquer dans ce cas que l'évolution sera relativement rapide, et qu'il y aura presque toujours abcès avant la disparition complète de l'ecchymose.

Il convient également de se rappeler que les corsets baleinés qu'on met pour la première fois vers l'âge de 14 ans sont susceptibles de quelques méfaits (Championnière).

A côté de ces traumatismes courants, la succion, la titillation mamillaire, la congestion résultant de l'onanisme seront difficilement incriminées; toute question à ce sujet étant scabreuse, ne doivent entrer en ligne de compte que les révélations nettes des parents ayant pris leurs enfants sur le fait.

Beaucoup plus importantes sont les infections générales et locales.

En principe toutes les maladies infectieuses sont susceptibles de causer à plus ou moins brève échéance la suppuration glandulaire. En pratique nous laisserons volontairement de côté les abcès typhi-

ques et paratyphiques qui appartiennent à l'histoire des complications de ces maladies.

Sachons que la furonculose doit être recherchée avec soin, de même que les folliculites locales.

Si le cas qui fait l'objet de notre Observation n° VII peut être considéré comme une complication d'une scarlatine en cours, sachons qu'il est souvent des scarlatines méconnues, et que rien ne s'oppose à ce qu'un abcès du sein puisse quelquefois être rapporté à cette origine.

Il faudra également s'enquérir des infestations parasitaires purées en se rappelant notre Observation n° III.

Enfin il est des cas (et cinq de nos Observations en font foi) où il est absolument impossible de fixer à l'abcès du sein une étiologie satisfaisante.

Signes subjectifs. — a) Douleur spontanée. — Il va sans dire que dans les abcès aigus, consécutifs par exemple à la suppuration d'un hématome, la douleur est constante; sensation de pesanteur au début, de tension à la fin, de lancinement, de battement quand le pus se collecte. douleur au moindre contact, au moindre frôlement de la chemise, immobilisation du sein par l'avant-bras correspondant replié au-dessous, phobie de la marche, tout cela a été observé plus fréquemment et plus sûrement chez les accouchées. Il n'y a rien à changer à cette description bien connue, de la douleur commune à toutes les inflammations mammaires.

A côté de ces cas aigus, il convient de signaler les cas d'abcès latents; il se trouve que toutes nos Observations, sauf deux, se rapportent à cette dernière variété. C'est d'après elles que nous transcrivons ce qui suit :

Quelquefois douleurs nulles, ou bien douleurs vagues ou vives s'étendant à toute la région mammaire, puis cessation de la douleur qui réapparaît une fois la collection formée. D'autres fois encore, sensations de chaleur, de picotement, de pesanteur ou de tension. Bref, généralement le symptôme douleur peut avoir été assez insignifiant pour passer complètement inaperçu. En aucun cas il n'a rappelé la douleur excessive du phlegmon circonscrit.

b) Douleur provoquée. — Elle n'est intéressante à étudier que dans le cas d'abcès latent.

Ce sera vite fait. La palpation a été indolente dans nos Observations I, II et III et dans ce dernier cas elle n'est devenue douloureuse que lorsque la collection s'est « réchauffée ». On a pu le plus souvent s'assurer du degré de mobilité de l'organe et du degré de rénitence de la collection sans incommoder le sujet.

En résumé, il ne faudra pas en présence d'une tumeur du sein peu ou pas douloureuse, s'imaginer à cause de cela même, qu'il ne peut s'agir d'une affaire suppurée.

Phénomènes généraux. — Ce sont ceux de l'abcès chaud dans les cas aigus. Les cas latents n'ont pas fait parler d'eux et les réactions générales n'ont pas attiré l'attention du médecin. On n'a même pas pensé à prendre la température centrale, circonstance fâcheuse, car on s'est peut-être privé d'un élément de diagnostic fort intéressant : il est délicat d'admettre qu'une collection purulente même peu virulente se produise sans élever la température de quelques dixièmes de degré, ne fut-ce que le soir. Mais n'a-t-on pas vu ouvrir sans même les avoir diagnostiqués d'énormes phlegmons à la cuisse ayant évolué à bas-bruit sous les yeux des meilleurs chirurgiens, lesquels s'avaient ensuite qu'on aurait pu y penser en consultant rétrospectivement, une courbe thermique qu'il était pourtant de de suivre, mais dont les quelques variations vespales, même régulières, n'avaient pas attiré l'attention.

A. Signes objectifs. — *a)* Inspection. — L'abcès du sein a quelque groupe qu'il appartienne constitue une tumeur. Voyons-en les caractéristiques.

Elle peut occuper l'un quelconque des quatre quadrants de la glande. Cependant Baumgartner remarque que le quadrant inféro-externe est le plus souvent atteint. Ajoutons que cette note s'appliquerait plus spécialement aux paramastites dans lesquelles le corset joue un rôle traumatique.

La forme est variable. Tantôt le sein est déformé en brioche comme dans notre Observation I au point de simuler une tumeur sarcomateuse, tantôt la glande est augmentée dans tous ses diamètres avec exagération de la courbure dans la région atteinte, le mamelon est quelquefois érigé. Si les seins sont gros, flasques et pendants, l'organe touché tombe moins et est plus ferme que l'organe sain. Dans les deux cas, le sein malade est le plus saillant.

La couleur de la peau peut être absolument normale. Le plus souvent elle est un peu rosée. Elle est franchement rouge et même violette quand l'abcès est près de s'ouvrir. On peut observer sans plisser le tégument l'aspect de la peau d'orange, signe d'œdème dans ce cas et non d'adhérence profonde. Les pores de la peau sont agrandis et espacés. Dans la phase de latence, la peau desquame légèrement.

La circulation collatérale est généralement nulle. Il est bon de comparer les deux côtés si elle est de quelque importance : on ne doit pas oublier en effet qu'à cet âge d'activité circulatoire le lacis veineux normal peut transparaître à travers la peau fine des blondes.

On ne devra donc parler de circulation supplémentaire que s'il y a une différence notable en faveur du côté atteint.

On recherchera les traces de furoncles, de folliculite, les sillons acariens. Les ulcérations, érosions, gerçures, engelures (?) seront exceptionnellement évidentes.

B. Palpation. — *a)* Chaleur. — S'il s'agit d'abcès aigus, elle est manifeste. Dans les formes subaiguës ou latentes, elle peut être absolument nulle. Il est regrettable que la température locale n'ait été notée dans aucune de nos Observations.

Faut-il en conclure qu'elle était normale ? Non, sans doute ; notons qu'habituellement c'est un symptôme qu'on néglige de rechercher. Nous pouvons admettre qu'elle a été assez faible pour ne pas impressionner, pour ne pas frapper les divers observateurs. On ne connaît guère en effet que l'abcès froid typique, qui porte si bien son nom, dont l'évolution s'effectue sans réaction calorifique locale.

b) Douleur. — Nous avons déjà dit plus haut en traitant des manifestations subjectives ce qui convient à ce sujet.

c) Connexions. — Quand il s'agira d'un abcès superficiel par paramastite, la tuméfaction pointant à la peau, on n'aura aucune difficulté à la localiser. La fluctuation sera aisée à percevoir. Il n'en sera plus de même dans le cas d'abcès lobaires, latents, profonds, surtout s'il s'agit d'une jeune fille grasse, à poitrine très développée. Cependant en comparant les deux organes, on trouvera le côté malade plus dur, plus tendu, plus élastique que le côté sain. Si l'on fait contracter le grand pectoral on n'observera pas d'adhérence au plan profond. Cependant la mobilité de l'organe peut être diminuée si l'abcès siège à la face profonde de la glande.

La fluctuation n'est pas toujours facilement perceptible, aussi nos grands classiques restent-ils nos meilleurs guides pour la rechercher.

Le Fort agit comme suit :

La main gauche saisit le sein, la face palmaire des quatre derniers doigts d'un côté, le pouce de l'autre, le rebord cubital s'appuyant sur le thorax. En résumé, la main « ramasse » et comprime la glande, la tend. L'index et le médius droit presse le point culminant de la tumeur et cette pression transmise à la main passive en écarte les doigts.

Castex, dans un cas particulier, a pu rendre visible le phénomène de la fluctuation. Il serre le sein à la manière de Le Fort et se place à genoux de manière que le regard soit tangent au profil de la glande. Le centre de la partie pressée s'accumine, pour s'aplatir quand la pression cesse. Nous croyons qu'il faut pour cela que

l'abcès ait franchi la limite du lobe glandulaire, ou que la peau soit déjà amincie.

Cela peut en général convenir à l'examen des mamelles de petit ou de moyen volume. Quand il s'agit de seins hypertrophiés, le grand point est de les immobiliser entièrement. Pierre Delbet y parvient de la manière suivante : il saisit le sein en totalité avec les deux mains, en plaçant les pouces d'un côté et les trois derniers doigts de chaque main de l'autre côté de la tuméfaction. Ainsi on immobilise la glande; en la comprimant on en fait un point d'appui solide; en outre on tend la région qu'on doit explorer, et l'on conserve les deux index libres pour cette exploration. Il suffit alors de les appliquer sur les deux extrémités de la tuméfaction, et, l'un restant passif et attentif pendant que l'autre presse, on recueille la sensation de soulèvement.

La palpation qui devient alors l'expression de la glande pourrait peut-être trouver ici l'application que Chassaignac en a faite à la mammite puerpérale. Dans celle-ci il s'écoule alors par le mamelon un mélange de pus et de lait. Pourquoi ne s'appliquerait-on pas à rechercher si l'expression du sein, dans le cas qui nous occupe, ne produit pas un écoulement de pus ? Rien ne s'oppose en effet à ce que de tels abcès communiquent avec les canaux galactophores (c'est un signe à rechercher).

C'est par la palpation qu'on décèlera l'adénopathie axillaire correspondante, s'il y a lieu.

Elle sera nulle le plus souvent quand l'abcès sera glandulaire. Elle sera positive s'il dérive d'une paramastite.

Dans ce dernier cas, l'adénopathie portera en général sur tous les ganglions, elle sera généralement volumineuse, douloureuse. Loin d'être détachés et petits, comme dans le cancer, par exemple, ces ganglions seront difficiles à isoler du tissu cellulaire en raison de la périadénite concomitante.

L'anatomie nous a appris la possibilité d'adénites sus-claviculaires croisées. Mais convient-il bien en pratique de s'arrêter à ces raretés ?

c) *Ponction exploratrice.* — Pratiquée sous le couvert de la plus rigoureuse asepsie, à l'aide d'une aiguille de calibre suffisant, elle permettra de faire le diagnostic sans causer de préjudice. Notre Observation n° 1 montre même que sans cette manœuvre le diagnostic s'égaraît de la plus déplorable façon. Mais pour qu'elle constitue une méthode de réelle valeur et qu'elle soit sans danger, il faut qu'elle soit exécutée suivant certaines règles que nous allons rappeler.

La région suspecte est soigneusement repérée et désinfectée.

Il faut, croyons-nous, préférer une aiguille avec mandrin intérieur, une manière de petit trocart, telle l'aiguille à ponction lombaire, à biseau court, assez longue pour traverser les gros seins, assez solide pour ne pas plier pendant la traversée des coques fibreuses.

On ne doit pas perdre de vue qu'on part à la recherche d'une collection infectée et qu'il peut être regrettable de la disséminer. On enfoncera donc l'aiguille d'un centimètre à la fois, on retirera le mandrin, on aspirera. Si le résultat est nul, on remettra le mandrin pour progresser d'un nouveau centimètre et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait rencontré une veine liquide. De cette manière, on n'ira pas infecter, au-delà de la collection, les tissus sains.

Si l'on voulait repérer un autre abcès après en avoir découvert un premier, il va sans dire qu'on n'oublierait pas de changer d'aiguille.

Disons en passant que cette ponction peut devenir évacuatrice, elle rendra alors un réel service à la malade en attendant une évacuation opératoire large, en diminuant la tension de la collection, l'une des causes de la douleur dans l'abcès chaud.

L'examen bactériologique du pus recueilli ainsi *in situ* à l'état de pureté, peut être utilement pratiqué, avec une réelle valeur scientifique.

d) Hémoculture. — Elle devra être pratiquée chez toute jeune fille présentant une tuméfaction du sein pouvant passer pour un abcès, mais ne saurait avoir de valeur diagnostique absolue.

e) Radiographie. — Elle n'aurait d'utilité au point de vue du diagnostic positif que dans le cas où l'on voudrait étudier à l'aide d'un sel opaque aux rayons X les trajets fistuleux ou rechercher la possibilité d'une communication entre deux poches dont l'une serait fistulisée.

Sa nécessité apparaîtra par contre des plus absolue, dans quelques cas spéciaux de diagnostic différentiel.

DIAGNOSTIC

On a vu d'après ce qui précède que l'abcès du sein ou collection liquide suppurée de la glande mammaire revêt une symptomatologie caractérisée imparfaitement par les signes cardinaux classiques *tumor, rubor, calor, dolor*. Tumeur souvent, rougeur quelquefois, chaleur rarement, douleur seulement dans les cas aigus.

Or, nombre d'affection de la mamelle sont constituées par des collections liquides, suppurées ou non. De plus la lecture de notre Observation I montrera qu'un abcès latent a pu en imposer pour

une tumeur maligne. En outre la pathologie du plan thoracique sur lequel repose le sein, comporte des maladies, a évolution inflammatoire ou non, capable d'atteindre secondairement la glande et d'affecter une semeiologie mammaire.

Il s'en suit donc qu'en présence d'une jeune fille qui se plaint du sein, on devra craindre un certain nombre d'erreurs de diagnostic que nous allons tâcher de prévoir.

Il nous a paru commode de ranger toutes les maladies de la région thoraco-mammaire sous deux chefs, suivant qu'elles peuvent aboutir ou non à la suppuration, ou à toute autre collection liquide pouvant passer pour du pus.

Ensuite dans ces deux groupes d'importance fort diverse, celles-là nous tromperont plus aisément qui sont nées dans la glande même, tandis que celles venues du thorax pour s'ouvrir dans le sein auront vraisemblablement moins de chances de nous égarer.

Il est de toute évidence que de l'exactitude de notre diagnostic dépendra le succès de notre intervention. Nous y reviendrons plus loin.

Nous allons maintenant passer en revue au point de vue diagnostic différentiel les maladies suivantes classées, ainsi que nous l'avons proposé ci-dessus.

I^{er} GROUPE

AFFECTIONS SUPPURÉES DU SEIN

1^o *Hématome infecté*. — Le diagnostic est toujours facile, nous pourrions dire évident. La notion du traumatisme récent, la douleur continue, l'ecchymose encore visible, le plus souvent n'ont pu passer inaperçus. Les signes classiques de l'abcès, ou mieux de la suppuration de l'hématome sont constants, la douleur lancinante, l'élévation thermique et ses grandes oscillations une fois la transformation purulente effectuée, l'état général quelquefois profondément atteint, sont trop connus pour qu'il soit utile d'insister, le fait qu'il s'agit d'une glande spéciale ne modifiant pas la semeiologie habituelle du phlegmon circonscrit. L'évolution rapide en une semaine environ est encore un guide précieux.

2^o *Mammite suppurée des adolescentes*. — Il s'agira de jeunes filles de 14 ans au moins, de 18 ans au plus. Affection à début vague par picotement, pesanteurs, démangeaisons mamelonnaires ou vraie douleur profonde avec tension pénible. La glande a été prise en masse, augmentée de volume dans tous ses diamètres, elle n'est pas adhérente aux plans profonds. Pas d'hyperthermie, ni de phénomènes généraux appréciables. Le mamelon a laissé parfois sourdre

un suintement épais. Puis les phénomènes se sont amendés, il y a eu résolution puis plusieurs rechutes quelquefois nombreuses, la douleur a reparu, en un mot c'est une affection dont le début remonte parfois à deux ans quand se manifestent tout à coup les signes de la suppuration dans le mode classique. L'abcès n'occupe qu'une petite partie de la glande, rarement la totalité. Il est toujours de petit volume, une noix, une petite mandarine. Il n'y a pas de ganglions enflammés dans l'aisselle correspondante.

En résumé, c'est une affection chronique qui a une évolution bien déterminée, qui n'a pas passée inaperçue et qui aboutit à la suppuration. Là encore et pour ces raisons mêmes, le diagnostic est facile.

3° *Abcès froid mammaire.* — Il ne saurait être question de refaire ici le chapitre de la tuberculose du sein qui ne nous intéresse que dans sa période de suppuration. Cependant il est bon de rappeler succinctement quelques notions étiologiques.

Cette affection n'est pas une rareté. Debet en a signalé quatre cas de 15 à 20 ans et Anspach en a observé chez une jeune fillette de 14 ans. Le début est insidieux; insoupçonné le plus souvent même chez les enfants tuberculeux pulmonaires. Ce que nous ne devons pas ignorer c'est qu'il existe une tuberculose primitive de la glande qui revêt deux formes, l'une disséminée presque aiguë qui cribble la glande de petits abcès miliaires de diagnostic extrêmement difficile, l'autre confluyente, relativement fréquente avec sein irrégulièrement augmenté de volume, bosselures de la grosseur d'une noix, d'une mandarine, du poing, autant d'abcès pouvant communiquer les uns avec les autres.

Cliniquement les collections sont peu tendues, elles siègent dans la partie externe; elles font corps avec la glande et l'on perçoit dans celle-ci d'autres nodosités. Pas d'adhérence à la peau, sauf quand l'abcès va s'ouvrir. Les règles influenceraient défavorablement la douleur. On trouve presque toujours des ganglions axillaires.

En somme, pas de signe pathognomonique. C'est alors qu'une ponction bien faite peut rendre des services. Les qualités du pus retiré, l'examen cytologique et bactériologique, l'innoculation pourront donner autant de renseignements précieux. D'ailleurs nous verrons qu'au point de vue du traitement, il importe beaucoup de discerner l'abcès chaud de l'abcès froid du sein, car dans ce dernier cas l'incision est unanimement regardée comme insuffisante.

Il convient également d'envisager le cas de l'abcès fistulisé. S'agit-il d'une suppuration banale? S'agit-il de tuberculose? La question est parfois difficile à trancher. Les examens bactériologiques ne relèveront que rarement le baccille de Koch, et l'on sait d'autre

part que les fistules d'abcès froids infectées fourmillent de microbes de toute sorte. On se rappellera que la fistule tuberculeuse a ses bords décollés, pâles, atones et qu'il s'en échappe des grumeaux, tandis que la fistule banale s'entoure vite d'un cordon fibreux et son orifice bourgeonne et saigne facilement. Les ganglions axillaires deviennent gros et douloureux et produisent autour d'eux une réaction de périadenite.

4° *Kyste hydatique suppuré*. — Le kyste hydatique du sein est relativement rare, sa suppuration fréquente pour Binaud et Braquehayé serait rencontrée à raison de 4 fois sur 24 pour Delbet. C'est une complication tardive de cette parasitose, puisque ce dernier auteur l'a vue survenir 4, 5, 6, 8 et même 11 ans après l'apparition de la tumeur hydatique.

Ces constatations faites, ils convient de se demander s'il y a une probabilité quelconque pour qu'un abcès du sein chez une jeune fille de 13 à 20 ans et plus, puisse être d'origine hydatique, ou en d'autres termes, si c'est un diagnostic vraiment à discuter.

Là encore, il convient de consulter les statistiques Binaud et Braquehayé remarquent que sur 25 cas où l'âge est noté on ne rencontre pas l'échinococcose mammaire au-dessous de 15 ans, mais signalent qu'elle a été observée 11 fois de 15 à 25 ans. Nous savons que le kyste hydatique suppure tardivement, mais cependant Delbet ayant signalé deux cas d'ouverture par infection au bout de huit mois et un an, nous devons donc envisager la possibilité de cette complication pendant l'adolescence quoiqu'à une très faible probabilité. Il convient donc d'en étudier la séméiologie. Il s'agira de jeunes filles chez lesquelles l'un des seins présente depuis un temps assez long une tumeur d'abord indolente, puis douloureuse par poussées. Il est probable qu'on aura porté le diagnostic d'adénome du sein si la tumeur est petite et dure, ou d'abcès froid si elle est déjà grosse et fluctuante. On n'aura pas trouvé d'adénopathie axillaire, ce qui fera persévérer dans les erreurs. Puis on observera, correspondant aux poussées douloureuses, des poussées de rougeurs aiguës d'inflammation profonde. On pensera à la suppuration de l'adénome ou à l'infection secondaire de l'abcès froid. Souvent entre les premières poussées, le calme plat se rétablira, mais enfin après un syndrome bien net d'infection, on observera tous les signes locaux d'un abcès du sein.

On sait qu'un kyste hydatique s'infecte par sa paroi s'il y a une ouverture spontanée ou provoquée par un seul coup de pointe. On peut pendant quelque temps ne recueillir que du pus banal, mais dès que l'hydatide sera fragmentée, on saura vite pourquoi cet abcès s'est fistulisé. L'intervention large, bénigne d'ailleurs, sera le seul traitement radical à lui opposer.

5° *Actinomycose*. — Nous aurions négligé de parler de cette affection extrêmement rare s'il n'était établi Binaud et Braquehayé que sa fréquence était la plus grande entre 22 et 25 ans et si elle ne prenait le plus souvent l'aspect phlegmoneux qui la rapproche de l'abcès du sein.

Deux cas sont à considérer; qu'elle soit primitive ou secondaire, l'actinomycose est encore fermée ou bien elle est fistulisée.

Lorsqu'on interroge les malades, il sera bon de se rappeler le cas d'Ammertorpe concernant une campagnarde qui travaillait aux champs la poitrine nue, celui de Müller qui se contamina par des cataplasmes à la farine de lin appliqué sur des lésions de mammite ulcéreuse, celui de Bergmann dont la malade a pu s'inoculer par une ulcération mammelonnaire préexistante, celui de Majocchi secondaire à une mastoïdite actinomycosique.

L'examen clinique montrera une tumeur oblongue dure, de volume variable qui s'accroît lentement, d'une manière à peine sensible au début. C'est à la période de ramollissement qu'on sera le plus tenté de la confondre avec un abcès vrai, banal. La peau rougit, se violace puis se mortifie. L'ulcération à bords atones devient vite une fistule. D'ailleurs ce processus peut se répéter en plusieurs points et donner au sein l'aspect en guépier. La réaction douloureuse est variable mais bien moins considérable que dans le phlegmon. Il n'y a pas d'adénopathie axillaire et l'adhérence à la paroi thoracique n'est que tardive (à moins qu'il ne s'agisse d'une propagation d'une actinomycose pulmonaire à la glande, à travers le plan costal).

À la période de fistulisation et d'infection secondaire par des germes extérieurs, on pourra encore croire à un abcès du sein fistulisé, mais la recherche des grains jaunes caractéristiques, l'action favorable de l'iodure de potassium remettront vite les choses au point.

En résumé, c'est le laboratoire autant que la clinique qui reformeront le diagnostic.

6° *Syphilis du sein*. — L'hérédo-syphilis ne saurait nous intéresser car on sait qu'elle ne frappe la glande que dans sa constitution anatomique ou histologique. Une seule forme de la syphilis acquise peut prêter à confusion, c'est la gomme ramollie ou ulcérée, infectée ou non secondairement. En effet, il y a tuméfaction, fluctuation, adhérence à la peau, pas d'adénopathie (sauf si ulcération) et ouverture après réaction locale douloureuse. Autant de symptômes qui peuvent donner le change.

À vrai dire, cette erreur ne semble pas avoir été commise, car nous n'avons pu trouver d'observation de gomme du sein chez la jeune fille. Mais il n'en reste pas moins probable que ce diagnostic

ne vienne un jour à être posé. On conçoit très bien que des fillettes ayant eu très jeunes un chancre extra-génital, et le fait n'est pas exceptionnel, fassent une localisation mammaire tertiaire à l'âge qui nous intéresse.

Faut-il rappeler que la réaction de Wassermann sera précieuse et devra en cas de doute être pratiquée sans retard ?

II^e GROUPE

AFFECTIONS SUPPURÉES DU THORAX A SEMEIOLOGIE MAMMAIRE POSSIBLE

1^o *Abcès froids du thorax.* — Qu'ils soient d'origine pulmonaire, pleurale, sous-pleurale, périostique ou costale, ils n'ont d'intérêt pour nous qu'autant qu'ils ont déformé la glande elle-même. Collectés à côté, ils ne sauraient simuler un abcès du sein. Mermet a étudié leurs caractères. Le processus parti du thorax atteint la glande par sa face profonde, y détermine une caverne le plus souvent unique qui peut atteindre la grosseur du poing. Un trajet de quelques centimètres oblique d'arrière en avant, de dedans en dehors et de haut en bas réunit la cavité thoracique à la poche mammaire. C'est un abcès en bouton de chemise dont les deux parties sont l'une extra, l'autre intra-glandulaire. Cette dernière vient bomber à la partie inférieure de la glande, fait que nous retiendrons au point de vue diagnostic.

On relèvera quelquefois, au cours de l'interrogatoire, la notion d'une pleurésie tuberculeuse, ou bien il aura pu être question quelque temps auparavant d'une « névralgie intercostale » peu intense qui en réalité était une douleur d'osteite costale. Mais le plus souvent le premier signe constaté par la malade sera une augmentation de volume du sein, survenue progressivement et sans la moindre réaction douloureuse.

La tumeur sera fluctuante et réductible, quelquefois assez complètement si les deux cavités de l'abcès communiquent largement. Parfois on notera son expansion dans les efforts de la toux. A gauche, l'abcès peut être pulsatile.

En tirant en avant la glande mammaire, on parviendra parfois à sentir un cordon presque rigide, inextensible, qui serait le trajet de communication réunissant les deux loges de l'abcès (Hardouin-Marquis).

A la période de fistulation on peut facilement croire à l'existence antérieure d'un abcès banal car il n'est pas rare qu'une infection secondaire ne vienne changer la physionomie clinique de l'affection. En effet, la fièvre s'installe et les ganglions axillaires s'engorgent, le pus peut perdre ses caractères habituels. L'exploration à la

sonde cannelée rend compte de l'existence de la poche mammaire mais ne renseigne pas sur la présence de la poche thoracique.

Il convient donc dans ce cas de faire un examen radioscopique, une radiographie en s'aidant au besoin d'une injection opaque aux rayons X, en se rappelant qu'elle peut quelquefois mal pénétrer dans la poche thoracique en cas de pertuis de communication trop étroit.

En résumé, il importe de s'entourer d'un maximum de précautions, car au point de vue du traitement opératoire, l'ouverture large serait insuffisante. Il s'agit là d'une affection plus grave que l'abcès banal du sein; puisqu'il faut s'attendre quelquefois à pratiquer de larges résections costales pour aborder un foyer profond.

2° *Ostéopériostites costales aiguës suppurées.* — L'ostéomyélite costale est exceptionnelle; un seul cas particulier en tant que siège de la lésion mérite d'être retenu; c'est l'ostéo-chondrite aiguë suppurée qui peut s'ouvrir dans les deux quadrants internes de la glande mammaire.

A côté de cela, n'importe quel point costal recouvert par le sein pouvant être le siège d'une infection, il convient d'étudier les causes d'erreurs de diagnostic.

Tout d'abord, qu'il s'agisse d'ostéomyélite, d'ostéo-chondrite ou d'ostéo-périostite, il importe de faire remarquer l'intensité des phénomènes généraux et le caractère parfois suraigu de l'affection. Ce sont eux qui ont ouvert la scène bien avant que l'état local attire l'attention. Fièvre élevée, 39°5 ou 40° et même plus, frissons, sueurs, anxiété, délire même, font le plus souvent penser à un début de méningite. Ce n'est que 24 ou 48 heures après que la région mammaire retiendra l'attention. Rien que ce début bruyant et dramatique fera songer à l'ostéomyélite et comme ce début même aura déterminé l'arrivée du médecin, celui-ci sera témoin journalier de l'évolution de la maladie et, s'il y a suppuration, il l'aura vue naître, pour ainsi dire, et sera amené à intervenir sur une collection qui s'est développée dans les environs du bord interne du sein ou derrière, repoussant celui-ci en avant.

On doit aussi envisager le cas où par hasard le médecin est demandé après fistulisation de l'abcès. Il aura vite fait de reconnaître la nature de la fistule : La sonde cannelée traverse toute la glande pour buter sur une cote dénudée et le diagnostic est fait. Mais cette exploration sera loin d'être toujours aussi concluante; le bec de la sonde s'arrête en tissu mou. Or nous croyons que cette pénétration transglandulaire est suffisante pour déterminer le chirurgien à partir bien armé pour une intervention osseuse, sûr de son diagnostic.

S'il veut plus de signes, qu'il palpe la région costale à travers le

sein dans lequel il sentira peut-être le cordon fistuleux. Le même cordon le conduira sans doute, s'il cherche bien, à une côte épaissie, élargie, à bord sinueux quelquefois serratique. Enfin, ressource capitale avec une radiographie, posée en appui frontal antérieur, il verra souvent ce qu'il n'a pas senti et interviendra au thorax et non au sein.

3° *Pleurésies purulentes.* — L'empyème de nécessité dont le siège est presque toujours en avant de la ligne axillaire antérieure, fréquemment dans le cinquième espace intercostal, quelquefois assez en avant pour être pulsatile quand il s'agit d'un empyème gauche, peut s'ouvrir en arrière du sein, l'infecter et faire croire en principe à un abcès glandulaire.

En fait, si la raison topographique d'une telle erreur existe bien, nous nous hâtons de dire qu'elle est la seule.

En effet, le plus souvent l'empyème succède à une pleurésie méta ou parapneumonique et cette pneumonie aura nécessité la surveillance du médecin. Lorsque la patiente accusera une douleur dans la région mammaire du côté infecté, le médecin tout de suite pensera à l'empyème. Si d'ailleurs il se trouvait en présence d'un empyème spontané ou même d'un empyème chronique, la notion étiologique d'une pneumonie récente le gardera de toute erreur.

III^e GROUPE

AFFECTIONS NON SUPPURÉES DU SEIN

POUVANT EN IMPOSER POUR UN ABCÈS

1° *Adéno-Sarcome.* — On ne comprend pas à première vue comment il se fait que nous soyons toujours entraîné à discuter le diagnostic d'un abcès du sein tumeur liquide avec l'adéno-sarcome tumeur solide. Si les raisons qui suivent n'étaient pas valables, notre Observation n° I en constituerait une plus que suffisante, puisqu'elle consacre une erreur qui montre à quel point la similitude des deux affections peut être complète. Nous ne pouvons mieux faire qu'y renvoyer.

On peut confondre sarcome avec abcès, parce que les deux forment tumeur, tumeur fluctuante, et même tumeur bosselée de portions hémisphériques, parce que les deux en arrivent à adhérer à la peau et la rougissent, parce que les deux provoquent une circulation collatérale non douteuse, que l'adénopathie est nulle dans les deux cas, que la température peut dans les deux cas aussi s'élever de quelques dixièmes de degré, que la douleur est souvent insignifiante, que les deux affections sont de cet âge, que la porte d'entrée de l'abcès peut ne pas être visible et que le sarcome naît sur place.

On objectera que le sarcome du sein de la jeune fille est une

rareté, mais il n'en est pas moins vrai qu'il existe à l'âge qui nous occupe : Baumgartner rapporte qu'on l'a rencontré chez une fillette de neuf ans.

Mais comment différencier les deux maladies ? C'est facile, nous ferons la ponction exploratrice et si nous agissons méthodiquement, comme il a été dit plus haut, nous aurons la chance d'éviter une erreur.

Réciproquement on a pris un sarcome du sein pour un abcès. C'est une preuve de plus : Steinberger en a publié un cas de ce genre dans le *Wiener med. Presse*; la tumeur était franchement fluctuante, un peu douloureuse et s'accompagnait d'ascension thermique à 38°5 tous les soirs.

2° *Epithélioma*. — Une seule forme de cancer du sein peut prêter à confusion, en raison de la fluctuation possible due à des parties kystiques.

Son évolution, sans envahissement ganglionnaire sauf à la fin toutefois, relativement lente, sans adhérence à la peau, pourra tromper.

Mais est-ce un cancer de la jeune fille ? Les cas de Lyford, Thomson, Cormichael, A. Cooper et Home survenus entre huit et quinze ans, n'ont pas de preuve histologique suffisante.

Toutefois, si la question du diagnostic se posait, on n'oublierait pas qu'il s'agit d'un epithelioma canaliculaire et que le premier signe qui attire l'attention de la malade est un écoulement sereux par le mamelon, souvent abondant, souvent hémorragique qui contient des cellules néoplasiques qu'on ne manquerait pas de rechercher. D'ailleurs le volume de la tumeur diminue après ces écoulements qu'on peut provoquer par expression. La tumeur ainsi vidée, retrouve les caractères de dureté, d'adhérence, d'irrégularité des cancers et de plus elle est presque toujours née en arrière du mamelon.

IV^e GROUPE

AFFECTIONS NON SUPPURÉES DU THORAX

A SEMEIOLOGIE MAMMAIRE POSSIBLE

Tumeurs des côtes. — Enchodromes sterno-costaux. — Ces tumeurs développées le plus souvent suivant le trajet d'une côte n'ont presque jamais de parties fluctuantes, sauf peut-être à la fin de leur évolution, quand leur diagnostic est fait depuis longtemps. Comme elles ne font que de projeter le sein en avant ou de côté, il n'y a pas lieu d'en discuter le diagnostic avec l'abcès du sein.

TRAITEMENT

Sur ce point nous serons bref. Nous nous bornerons à quelques remarques de détail. Il est en effet établi depuis nombre d'années que le traitement des abcès mammaires est l'ouverture large et le drainage au point déclive.

Ce sont, certes, deux conditions logiques de la guérison, mais devons-nous les considérer comme absolument nécessaires ? Beaucoup de praticiens se sont souvent contentés, faute de mieux, ou par crainte des grandes incisions, du commode coup de bistouri, et leur malade ont pour la plupart guéri sans fistule. Dans d'autre cas, au contraire, des médecins moins timorés ont ouvert assez largement et même pratiqué des contre-ouvertures et lardé le sein de drains de tous calibres, et n'ont pu éviter la fistulisation. Quelquefois on aura incisé des abcès des deux quadrants supérieur au point culminant, sans s'inquiéter du bas-fond de la loge qui se vidait mal et la guérison complète survint quand même. Ce sont là des faits indéniables que nous devons tâcher d'expliquer.

Il faut, croyons-nous avant tout, tenir compte du cas particulier et ne pas appliquer une même méthode à des lésions fort dissimilaires.

S'il s'agit d'un abcès limité, de petit volume et même de moyen volume, qui pointe sous la peau, le coup de pointe suffira le plus souvent, et cela que l'abcès soit supérieur ou inférieur, l'incision n'a pas besoin d'être rigoureusement déclive.

La peau amincie, mal nourrie, infectée, n'aura pas de tendance à se cicatriser tout de suite et il est superflu de placer un drain qui se bouchera et tombera vite.

S'il s'agit d'un abcès profond, même petit, mais séparé de la peau par une certaine épaisseur de tissu glandulaire plus ou moins infiltré et par suite cartonné, nous savons que cette poche rigide même ouverte, ne s'affaisse pas. C'est dans ce cas qu'il faut inciser largement et autant que possible au point déclive. Dans ce cas, la peau est encore saine et ne demande qu'à se réparer d'elle-même. L'ouverture est donc appelée à se rétrécir très vite, avant la détersion et le bourgeonnement profonds. Gare à la fistule intarissable qui nécessitera une nouvelle intervention tôt ou tard.

A côté de ces deux cas simples, il convient de ranger le cas de plusieurs abcès à peu près superficiels mais communicants entre eux.

Le savoir est malaisé, mais le palper permettra de localiser le plus superficiel. On pourra le vider par ponction, s'il s'affaisse seul sans que son voisin diminue, c'est que ce dernier a sa loge propre. Il conviendra d'inciser les deux séparément. S'ils communiquent on devra les traiter comme dans le cas suivant.

Considérons l'éventualité la plus complexe de plusieurs loges d'importance diverses, de profondeurs différentes, dont quelques-unes sont communicantes entre elles et d'autres même fistulisées. Il y a alors bien des chances pour que plusieurs d'entre elles soient tangentes postérieurement à la face profonde de la glande. Il est donc plus logique d'aller l'ouvrir par la voie sous mammaire qui recueille tous les suffrages car outre les avantages de l'esthétique, elle est large, déclive, permet d'explorer le sein entre les doigts, de ne rien oublier et d'abattre les éperons gênants; elle sectionne bien quelques vaisseaux nourriciers, mais peu d'entre eux sont touchés, et elle a le gros avantage de détruire le minimum de canaux galactophores ou tout au moins de respecter une portion plus longue de leur partie terminale. Enfin, dernier avantage, elle permet le pansement à plat. Elle est tout à fait indiquée dans le traitement des fistules, car elle permet d'attaquer le cul de sac de chacune d'elles sans l'ouvrir, ce qui évitera l'infection des tissus voisins.

Les soins consécutifs ne sont pas sans importance. Comme toujours, lorsqu'on a incisé en tissu sain, la brèche ne demande qu'à se rétrécir. Il sera donc nécessaire de bien panser serré dans les commissures ou au besoin de retarder l'accolement par l'application d'un caustique; en résumé, il faut empêcher la cicatrisation cutanée et veiller à ce qu'elle se fasse régulièrement à partir de la charnière thoraco-mammaire.

Une autre remarque encore. Lorsqu'on incise en suivant le sillon sous-mammaire, la peau du sein se rétracte, en même temps que le tissu glandulaire fait hernie. Or, ce tissu sain bourgeonne avant tout le reste et tout compte fait de la rétraction cicatricielle qui ne parviendra pas à compenser, on risque fort d'avoir une cicatrice large par endroit de deux centimètres; si le sein ne retombe pas, cela peut être disgracieux. On peut y remédier par avance en faisant une recoupe au ras de la peau, et si cela n'a pas suffi en modérant le travail de réparation à l'aide du nitrate d'argent.

Puisque nous envisageons la question de l'esthétique, disons en terminant que les cicatrices d'ouverture d'abcès simples par la face antérieure sont presque toujours adhérentes. Elles sont peu visibles dans la région aréolaire. Elles le sont davantage dans les deux quadrants supérieurs.

Il est classique de les faire dans le sens radiaire. Cela n'a d'importance que si l'on incise profondément « pour ménager les canaux galactophores ». Il est permis de se demander si vraiment cette précaution épargne toute section; il est certain que ces sections seront en « bec de flûte » mais qu'elles soient ainsi ou perpendiculaires à l'axe du canal, c'est toujours une section dont la cicatrisation abou-

tira à une oblitération de ce canal. Peut-être en coupera-t-on un peu moins, mais en est-on bien sûr ?

Dans l'abcès superficiel, où l'incision ne touche que la peau et le tissu cellulaire, on n'a pas à craindre de sections de canaux galactophores, aussi devra-t-on orienter cette incision de manière à ménager le plus l'esthétique.

Les résultats thérapeutiques et esthétiques sont en général excellents, si l'on a bien choisi la voie d'accès. Les résultats physiologiques sont-ils aussi bons ? Des sept cas que nous soumettons au lecteur, deux seulement ont été revus après maternité (Obs. I et VII). Le premier nous montre une femme qui eut abondamment du lait des deux côtés; le second une autre qui n'en eut pas du tout. Elles furent opérées, jeunes toutes deux, de la même manière et par le même chirurgien. On ne peut rien conclure de deux cas seulement et d'ailleurs la qualité des nourrices même non opérées du sein est trop variable, sans raison apparente pour que la question soit facilement soluble. Peut-être, en effet, que la femme de notre Obs. VII n'a pas eu de lait parce qu'impropre à l'allaitement, non opérée elle aurait peut-être été incapable aussi d'allaiter son enfant.

OBSERVATION I

Madeleine Le B..., 16 ans, nous est présentée par sa tante demeurant à Sotteville-lès-Rouen, en janvier 1914. Une lettre nous met au courant : il s'agit d'une tumeur du sein à développement rapide, probablement un sarcome, dit la missive, qui va nécessiter une intervention radicale.

Examen le 23 janvier 1914, M^{lle} Le B..., bien développée, portant 19 ans plutôt que 16, est florissante de santé. Elle n'a jamais été malade, sauf d'une rougeole bénigne, et sa tante, qui l'a élevée, affirme en particulier qu'elle n'a jamais eu ni mammites des nouveaux-nés ni mammites des adolescentes.

Réglée à 13 ans et demi, elle a toujours continué de l'être sans douleurs ni incidents d'aucune nature,

Les seins sont très développés, mais ce qui frappe dès l'abord c'est la déformation évidente de l'un d'eux, le droit, qui est nettement plus gros que le gauche.

Cette déformation qu'on pourrait qualifier d'emblée de tumeur n'est pas régulièrement arrondie. Elle paraît occuper la plus grande partie de la glande et s'étendre surtout à son quart supéro-interne. Sur cette première tumeur semble s'en être greffée une autre de rayon plus petit qui détermine avec la première un sillon nettement visible; un degré de plus, on dirait très justement tumeur « en brioche ».

Pas de changement de coloration de la peau. A noter cependant une circulation collatérale non douteuse, sous forme de veines bleutées fines marbrant toute la région supérieure jusqu'au voisinage de l'articulation sterno-claviculaire homonyme.

Au palper, consistance ferme, non fluctuante, plutôt résistante; indolence absolue, remarquable de toutes les manœuvres.

Le mamelon érigé n'est nullement adhérent, pas plus d'ailleurs que la peau. Cependant, bien qu'il ne puisse être question de peau d'orange, le glissement cutané n'est pas franc.

La masse est mobile avec tout le sein sur le gril costal. Elle peut être attirée avec la glande sans difficulté.

L'adénopathie axillaire, quoique soigneusement recherchée, n'est pas perceptible.

L'affection a débuté insidieusement il y a six semaines environ par une sensation de pesanteur et de picotement, puis « la tumeur » est apparue et s'est accrue rapidement et progressivement sans la moindre douleur.

En résumé, il s'agit d'une affection de la mamelle caractérisée par son évolution précipitée, par une tumeur bosselée, ferme, à lobes sphériques, n'adhérant ni à la peau, ni au mamelon, ni aux plans sous-jacents, n'ayant provoqué aucun changement de coloration de la peau, ni déterminé aucune adénopathie enfin d'une indolence absolue.

C'est bien là le tableau clinique d'une tumeur du sein et en particulier du sarcome glandulaire : volume, accroissement rapide, circulation collatérale, lobulation, peu d'adhérence, pas de ganglions.

Il y a cependant quelques objections à faire. Tout d'abord, les tumeurs du sein, sauf l'adénome, sont exceptionnelles chez la jeune fille au-dessous de 20 ans. Raison insuffisante car il a été publié des cas de sarcome chez la fillette même, et enfin, pour parler d'une manière plus générale, le sarcome se rencontre « aux deux bouts de la vie ».

Ensuite, à un examen plus attentif, on remarque que si la coloration de la peau n'a pas changée, la température locale a sans nul doute augmenté. Il en est de même pour la température générale. Raisons sans valeur, si on se rappelle la notion de fièvre dans les néoplasmes.

Enfin, on pourrait admettre l'hypothèse absurde d'un abcès du sein pauci-loculaire très tendu; on ne s'y attarde pas en raison de son invraisemblance, pour le motif entre autres que l'abcès est douloureux et qu'ici on ne relève qu'une sensation de poids.

Une dernière remarque fait faire le diagnostic et vient bouleverser tous les raisonnements; un petit point noir cerclé de rouge, siégeant en haut sur la petite tumeur, nous fait penser que le médecin a fait évidemment une ponction exploratrice pour le moins.

M^{lle} Le B..., interrogée, explique que c'est un bouton qu'elle a gratté.

Quoiqu'il en soit, nous avons l'idée de faire la ponction qui d'ailleurs est acceptée sans difficulté et après avoir annoncé qu'il allait venir quelques gouttes de sang ou rien, notre seringue s'emplit d'un pus vert, épais, louable, pour notre plus grande confusion. Ce pus est sous tension, sa pression repousse le piston de la seringue. Voilà expliquée la renitence qui nous a fait croire à une tumeur. Nous retirons presque 20 cc de pus.

L'opération large est proposée et acceptée. Intervention le 27 janvier 1914.

Incision radiaire de 5cm sur le point culminant de la loge la plus élevée, d'ailleurs de nouveau remplie. Après avoir sectionné la peau et le tissu cellulaire sous-cutané qui paraît seulement un peu condensé, et pincé une grosse veine gênante, on traverse une couche de tissu glandulaire tassé d'une épaisseur d'un demi-centimètre et on tombe dans la poche.

Le pus s'échappe sous pression en abondance, mêmes caractéristiques qu'à la ponction, épais, vert, homogène, « louable ».

Le doigt explore la cavité qui ne s'affaisse pas d'ailleurs. Il rencontre un diaphragme par lequel il s'engage facilement, ce qui montre une communication entre les deux poches. La seconde est la plus vaste, descend jusqu'au dessous du mamelon et paraît plus postérieure.

On agrandit le diaphragme d'un coup de ciseaux et on draine en laissant dans la cavité un tube de caoutchouc n° 30. « Le drainage n'est pas déclive, fait observer le médecin traitant ». A quoi nous répondons qu'il faudrait traverser une trop grande épaisseur de glande saine pour passer de part en part.

Les événements nous donnèrent raison. On remédia partiellement à l'absence de déclivité du drainage en faisant coucher la malade sur le côté gauche.

Suppression du drain au 12^e jour et pansement à plat.

La guérison ne fut obtenue que six semaines, par suite d'une exubérance de bourgeons charnus et d'un peu de lymphangite de la peau qui provoqua un peu de réaction thermique générale atteignant 38°5 et qui céda aux pansements humides chauds.

Nous regrettons de n'avoir pas pensé à faire pratiquer l'examen bactériologique qui nous aurait probablement montré du pus streptococcique.

Interrogée subséquemment, M^{lle} Le B... n'eut pas auparavant d'ulcération du mamelon ni même de gerçure, pas plus que de folliculite ni de poussée de furonculose même légère.

Devenue depuis M^{me} H..., nous avons eu l'occasion de la revoir en 1921 pour son deuxième enfant atteint de phimosis. Elle n'a pas allaité ses nourrissons, mais elle avait du lait abondamment, paraît-il, des deux côtés. La cicatrice est restée large (un centimètre et demi dans sa plus grande largeur) et se trouve être chéloïdienne. Elle est surélevée de plusieurs millimètres, adhérente à la profondeur, et quelquefois douloureuse; le froid augmenterait la douleur, mais les règles seraient sans influence.

OBSERVATION II

La jeune Victorine H..., 14 ans, demeurant à R..., est conduite à la consultation par sa mère, à laquelle elle s'est plainte, il y a deux mois environ, de douleurs de la région du sein droit. Actuellement, elle aurait une tumeur qui se serait développée surtout depuis une quinzaine de jours, sans douleur. Madame H... s'inquiète particulièrement de la présence de cette tumeur parce qu'elle a perdu à l'âge de 3 ans et demi, un petit garçon atteint de tumeur du sein droit.

Examen le 16 juillet 1918. Victorine H... est petite, peu développée pour son âge. La poitrine est juste naissante, le thorax est rachitique et porte le coup de hache classique à sa base.

Elle a été réglée une première fois à 12 ans et demi et après un an et demi d'arrêt, elle l'a été normalement le mois dernier.

Rougeole dans l'enfance. Entérite avec crises douloureuses dans le côté droit, ne l'obligeant pas à s'aliter, constipation fréquente, aucune autre maladie.

A l'examen, l'attention est immédiatement attirée sur la région du sein droit qui dans son quadrant inféro-interne porte une tumeur saillante, sphéroïde, recouverte d'une peau rosée, sans trace de circulation collatérale. Cette tumeur atteint le volume d'une moitié de mandarine.

Aucune ulcération de la peau, ni du mamelon à peine saillant, ni de l'aréole. Aucune trace de boutons, ou de lésions de grattage dans toute la région.

A la palpation, la masse est tendue, mais non dure; elle donne plutôt la sensation de renitence. La peau glisse dessus, sauf aux environs du point culminant, mais la tumeur semble adhérente aux plans profonds; en effet, on ne peut guère la mobiliser en quelque sens que ce soit. Cependant, il vient à l'idée qu'elle peut être simplement appliquée contre le gril costal par la peau tendue sur elle.

Pas de ganglions, ni dans l'aisselle droite, ni dans le creux sus-claviculaire homonyme.

L'affection a débuté par des douleurs assez vives dans toute la région, qui fut examinée par la mère sur le champ. Cet examen n'amena aucune remarque spéciale. Les douleurs cessèrent au bout de huit jours et l'enfant reprit son travail. Il paraît établi que tout l'espace compris entre le sein gauche, les clavicules, la ligne axillaire droite antérieure et le rebord costal était douloureux et que le sein ne l'était pas davantage que le reste.

La présence de la tumeur ne fut constatée qu'il y a une quinzaine de jours environ, mais son volume à cette époque fait penser qu'elle existait avant et que son indolence absolue l'a laissée ignorée jusque-là.

A cet âge, on pense tout d'abord à la mastite des adolescents, mais cette affection ne se présente habituellement, ni avec cette évolution, ni avec ces caractères. On abandonne cette idée et l'on pense à la gomme ramollie peu probable d'ailleurs, car si l'on ne met pas sur le compte de la spirillose le rachitisme de l'enfant, il serait bien extraordinaire qu'une hérédosyphilis se manifestât par une gomme au bout de 14 ans, et quelle gomme !

Le diagnostic d'ostéomyélite costale même latente ne se pose pas. La rareté de l'affection, son caractère généralement aigu, l'état général grave consécutif, sont des caractères qu'on ne retrouve pas ici.

Il n'en est pas de même de l'ostéo-chondrite sterno-costale tuberculeuse qui évolue souvent à froid ou presque et se résout fréquemment par fonte purulente aboutissant à un abcès plus ou moins tendu. C'est assez exactement ce qui se produit; pas de douleur, apparition d'une tumeur rénitente qui paraît adhérente à la profondeur et qui siège au niveau d'une articulation chondro-costale.

On propose la ponction évacuatrice et s'il y a lieu l'injection de liquide de Calot.

Cette petite intervention a lieu le jour même. On recueille une seringue pleine d'un pus homogène, vert, strié de sang, qui n'a nullement les caractères d'un pus tuberculeux. C'est un pus banal à strepto ou staphylocoques. Alors on est en présence d'un abcès du sein ou d'une ostéomyélite costale.

Comme il faut ouvrir de toute manière, Victorine H... est dirigée sur la clinique et l'opération a lieu le lendemain 18 juillet.

Intervention. — Incision cutanée de 6 à 7 cm qui traverse obliquement la collection en partant à 3 cm du bord aréolaire pour se diriger vers le bas de l'appendice xyphoïde. La peau n'est pas adhérente. On ponctionne en traversant une sorte de coque fibreuse résistante et le pus se fait jour avec les mêmes caractères qu'à la ponction.

Le doigt explore la cavité qui est tomenteuse, en vraie membrane pyogène, mais en aucun point on ne trouve d'os ou de cartilage dénudé même après assèchement et éclairage de la poche.

Il s'agit donc d'un abcès développé dans la glande mammaire.

On racle la membrane à la cuvette et on draine au point déclive. Réunion partielle par deux points au crin.

Du pus recueilli sur les compresse, on fait trois lames pour les quelles l'examen, après simple coloration au bleu de méthylène, a montré du streptocoque banal.

Le 21 juillet, poussée thermique à 38°3. On observe un peu de lymphangite partant des points de suture qu'on enlève ainsi que le drain d'ailleurs obstrué. Pansement à plat.

La guérison est obtenue le 2 septembre 1918, la jeune malade n'a jamais été revue.

OBSERVATION III

M^{lle} B... présente à la consultation sa jeune sœur, Hélène B..., 16 ans, demeurant à Rouen, rue Saint-Julien. Elle raconte que pendant l'évacuation d'Amiens en 1918 elles contractèrent ainsi que leur mère, décédée depuis, une gale qui fut généralisée. Cette affection traitée par le procédé de la frotte dans le service de dermatologie de l'Hospice Général (Docteur Salles), avait été particulièrement tenace chez l'enfant. On avait dû lui ouvrir un abcès de l'aiselle droite dont l'évolution avait duré plus de six semaines.

Actuellement (mars 1919) elle se plaint d'une pesanteur dans le sein gauche, augmentant à la fin de la journée, à tel point qu'elle est parfois obligée d'ôter son corset. De plus, on a constaté qu'elle maigrissait sensiblement après avoir traversé une période d'accroissement coïncidant avec la guérison de l'acariose. En outre, M^{lle} B... a remarqué que sa sœur avait un sein « plus gros que l'autre ».

Examen le 16 mars 1919. Il confirme cette augmentation de volume d'une manière d'autant plus évidente que Hélène B... a déjà les seins très développés et tombants. Le sein gauche s'affaisse beaucoup moins que l'autre. D'ailleurs, le mamelon droit regarde presque en bas tandis que le gauche érigé, regarde en avant.

Hélène B... ayant la peau très blanche des rousses, il est facile de se rendre compte de la couleur rosée de tout l'organe malade.

Pas de circulation collatérale, pas d'érosions ni d'ulcérations, mais de nombreux points blancs disséminés à toute la poitrine attestent l'acariose récente.

La palpation non douloureuse ne permet guère de déceler quoi que ce soit d'anormal dans un organe aussi copieusement gras.

Même pratiquée à plat, dans la position horizontale, elle ne donne aucun renseignement.

Comme on pense à un abcès en raison de la rougeur et de l'abcès axillaire dont la cicatrice rouge est très récente, on recherche la fluctuation sans résultat d'ailleurs. Cependant, les pressions nécessitées par les diverses manœuvres montrent que les doigts laissent une trace nette sur la peau qui est en général œdématisée.

Pas d'adénopathie axillaire, ni sus-claviculaire. Pas d'adhérence au thorax.

S'agit-il d'un abcès du sein consécutif à la gale ? S'agit-il d'une mammite de l'adolescence ? L'impression est plutôt que la première hypothèse est la meilleure.

Dans l'incertitude, on met la jeune fille au repos, sanglée dans un pansement largement ouaté, chaud et humide, souvent renouvelé.

Le 20 mars, même état local. La pesanteur aurait diminué. Mais n'est-ce pas l'effet de la position horizontale et du repos ?

Le 27 mars, amélioration notable, la pesanteur a disparu. Le volume du sein semble avoir diminué, mais la peau reste rosée. Malgré ces constatations favorables, l'appétit reste défectueux et l'amaigrissement continue.

Le 4 avril, le sein a changé d'aspect. L'abcès s'est collecté. Dans le quadrant inféro-externe, la peau est rouge, indurée, douloureuse. Il y a un empatement profond de la glande. On ne perçoit pas de fluctuation évidente. On décide d'attendre en redoublant de pansements chauds.

Le 6 avril, la malade revient plus tôt qu'on ne l'attendait. Les douleurs et les battements l'ont empêché de dormir.

La peau est amincie, luisante, la collection bombe même, car à son niveau la courbe de la glande vue de profil est plus accentuée. Un coup de pointe suffira.

Après anesthésie locale par répigération au chlorure d'éthyle, on incise l'abcès dans le sens radiaire. Ce qui surprend c'est qu'il s'écoule environ un verre à cidre de pus vert et louable. Il s'agit d'une vaste loge qu'il n'est pas commode d'explorer en raison de la brièveté de l'incision. On y place un drain de 7 centimètres de longueur.

Le 7 avril, pansement très souillé. La glande a repris à peu près sa forme normale, le mamelon regarde presque en bas. La rougeur a disparu.

Du 7 au 17 avril, les pansements ont été faits par la famille. On a tenté de remplacer le drain qui ne tient plus. On l'enlève définitivement.

Le 29 avril, la guérison est complète. Seule une croutelle per-

siste sur le trajet de l'incision. On l'arrache pour s'assurer qu'il n'y a pas de fistulette : rien au-dessous qu'une petite plaie de cinq millimètres de longueur et superficielle.

OBSERVATION IV

Marie G..., 21 ans, bonne à tout faire, est envoyée à la consultation par son médecin pour fistule secondaire à abcès du sein droit le 20 mars 1920.

Histoire de la maladie : Il y a trois mois environ, un coup de vent referma violemment sur elle une porte munie d'une ferrure proéminente, qui porta directement sur le sein en causant une telle douleur qu'elle perdit connaissance.

On constata une ecchymose sous mamelonnaire qui s'étendit à toute la moitié inférieure de l'organe en débordant même le sillon thoraco-mammaire. Le médecin consulté enregistra l'hématome et fut rappelé une dizaine de jours après, la douleur ayant augmentée.

On mit des cataplasmes et à la fin de la semaine suivante on ouvrit un abcès contenant un verre de pus, qui depuis n'a pas tari.

Actuellement, fistule sous-mamillaire, suintant abondamment, constituée par l'incision elle-même qui fut très étroite (1 centimètre environ).

La sonde cannelée s'enfonce de 4 centimètres dans une cavité anfractueuse et irrégulière. L'examen local doit être interrompu en raison de la pusillanimité excessive de la malade. Toutefois, on peut s'assurer de la présence d'une adénopathie axillaire droite assez volumineuse.

Lorsqu'il fut question d'opération, Marie G..., qui ne brille pas par le courage, se trouva mal et ne put se décider dans la suite.

Son médecin n'en entendit plus jamais parler.

OBSERVATION V

DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE DOCTEUR FLOUR, DE PETIT-QUEVILLY

M^{lle} C..., 15 ans et demi, se présente à la consultation du docteur Flour, de Petit-Quevilly, pour douleurs du sein droit, le 6 octobre 1924.

A l'examen, la glande est dure et globuleuse uniformément, sans changement de coloration de la peau, ni circulation collatérale digne d'être notée. A signaler dans l'aisselle correspondante la présence de quelques ganglions douloureux.

Le praticien, malgré l'indigence de symptômes, diagnostique une lymphangite du sein dont la cause et la porte d'entrée de l'agent infectieux échappent également.

Traitement : application de pansements humides chauds.

La douleur s'atténue en même temps que les ganglions disparaissent, mais l'augmentation de volume du sein persiste.

Au bout d'une vingtaine de jours, apparaît dans la moitié inférieure de l'aréole, un point fluctuant, qui s'étend lentement, et comme l'affaire menace de s'éterniser, le docteur Flour se décide à vider l'abcès.

Il « amorce une incision, mais l'apparition d'un pus verdâtre, grumeleux l'incite à ne pas pousser l'opération plus loin ». En présence de ce pus spécial, il pense à la tuberculose du sein primitive ou secondaire. Il met une mèche dans le trajet et propose de discuter le diagnostic avec un chirurgien.

Le 24 novembre 1924, M^{lle} C... ne souffre pas. Elle a un peu maigri. Son sein est un peu plus gros, comparé à l'autre. Une mèche étroite d'environ 40 centimètres de longueur remplit et draine une cavité qui paraît assez vaste et paraît occuper la partie supérieure de la glande. Il s'écoule un pus glauque par l'incision verticale, d'un centimètre de longueur, devenue fistuleuse, que fit naguère M. Flour. Pas de ganglions axillaires nouveaux. Pas d'adhérence de la glande au gril costal.

Cependant sa mobilité est moindre comparée à celle de l'autre sein. La collection purulente est-elle née dans le sein ou vient-elle du thorax ? tel est le problème. On tend à éliminer les lésions costales et peurales de toute nature par la radiographie. Cette épreuve exécutée en appui frontal antérieur, est absolument négative. Poumons et côtes sont indiscutablement sains. Il paraît donc bien s'agir d'une affaire mammaire et qu'elle qu'en soit la nature, il est indiqué d'intervenir largement.

L'opération a lieu sous anesthésie générale le 12 décembre 1924. La relation suivante due au docteur William Carpentier, qui l'a pratiquée, en fixe les détails :

Incision sous-mammaire, à la Morestin, passant dans le sillon thoraco-glandulaire et décrivant la demi-corconférence de l'organe d'une extrémité à l'autre d'un même diamètre oblique, à 45° en bas et dedans.

Décollement de la glande et pincement du quelques branches artérielles non négligeables. Le sein est facilement retourné et exploré entre les doigts dans toute son étendue.

La mèche qui est restée dans la cavité sert de guide pour la repérer.

On incise la poche par la face thoracique et l'on retire la mèche par cette voie largement ouverte. Il est facile de se rendre compte que la poche occupe tout le sein et se compose de deux parties à peu près égales, l'une supérieure, l'autre inférieure, séparées par un diaphragme large et mousse, à bords indurés et épais. L'impression est que deux abcès se sont ouverts l'un dans l'autre.

Avec les ciseaux courbe on détruit tout ce qui gêne, pour obtenir une cavité large, sans ressauts, ni irrégularités, ce qui revient à abraser la partie postérieure des deux loges qui ne comporte qu'une faible épaisseur de tissu glandulaire méconnaissable. Pas de fongosité, ni de détritits d'aucune sorte. La paroi n'a rien de celle d'un abcès froid; il s'agit d'un abcès banal. On ne s'occupe pas de la fistule aréolaire : hémostase soignée. Pansement sec à la gaze par mèches disposées à plat sur le gril costal, sur lesquelles on laisse simplement retomber le sein.

Les suites furent des plus simples. La plaie se referma très rapidement, la cicatrisation repoussant la gaze de la charnière à la périphérie.

La guérison était complète un mois après l'intervention. Le résultat esthétique paraît devoir être excellent; l'incision aréolaire, cicatrisée d'ailleurs, sans qu'on s'en soit souciée, est pratiquement négligeable.

OBSERVATION VI

DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE DOCTEUR DUBUC,

DE SOTTEVILLE-LÈS-ROUEN

Plusieurs mois avant de consulter le docteur Dubuc, en septembre 1924, M^{lle} Yvonne H..., 20 ans, ressentait dans le sein droit des picotements et même des douleurs vives au moindre frôlement. Le passage du bras à l'occasion des divers mouvements, était devenu intolérable.

M^{lle} H... n'a rien remarqué de particulier, elle n'a jamais été malade, elle est très bien réglée depuis l'âge de 14 ans et demi à

raison de trois jours par mois et ne se rappelle pas s'être heurtée le sein. Elle ne porte pas de corset susceptible de la blesser.

L'examen ne montre rien de spécial, coloration normale de la peau et de l'aréole, pas de tuméfaction appréciable, consistance normale de la glande, la palpation est douloureuse.

Traitement : compresses chaudes et humides en permanence.

Environ une semaine après, la rougeur apparaît en dehors du mamelon, diffuse mais nette. Continuation du même traitement.

Trois jours après, un abcès s'est collecté, il pointe dans la moitié externe de l'aréole. Les ganglions axillaires sont perceptibles et douloureux; M^{lle} H... est déférée au chirurgien.

Le 24 septembre, opération sous anesthésie générale. Incision horizontale de 3 centimètres et demi partant de la base du mamelon et se dirigeant en dehors. Issue de pus vert, louable, fétide en assez grande quantité. La cavité a le volume d'une grosse orange et remferme en outre des débris sphacelés. Elle est tapissée d'une membrane pyogène qui s'enlève facilement à la curette. Les parois ne s'affaissent pas après évacuation. Tamponnement à la gaze.

Dans la suite, pansements à la gaze vaselinée, tous les jours d'abord, en raison de l'abondance de la sécrétion.

Guérison complète trois semaines après l'intervention.

M^{lle} Yvonne H..., revue le 3 février, ne se ressent plus de l'affection de septembre. Les deux seins sont de même volume et de même consistance. La cicatrice opératoire est encore rouge, franchement chéloïdienne, à son niveau la peau n'est pas capitonnée, mais il persiste une induration des plus nettes des tissus sous-jacents. Sa longueur s'est réduite à moins de 15 millimètres. Elle est parfaitement indolente.

OBSERVATION VII

DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE DOCTEUR LOISEL,

MÉDECIN DU SERVICE DES CONTAGIEUX A L'HOSPICE GÉNÉRAL DE ROUEN

M^{lle} Marthe D..., âgée de 17 ans, commence à souffrir du sein droit, tout au début d'une scarlatine, contractée vers le milieu de mai 1918. Les douleurs sont assez vives, mais décroissent rapidement pendant la période fébrile de l'affection, pour reprendre de plus belle au moment de la période de défervescence et s'accroître encore dans la suite. Il n'y avait eu auparavant ni excoriation, ni boutons, ni gerçures et cette glande n'avait jamais été douloureuse.

M^{lle} D... a toujours été bien réglée, régulièrement pendant trois ou quatre jours depuis l'âge de 15 ans. Le sein augmentant de volume pendant les premiers jours de juin, on décide son admission à l'hôpital, mais comme elle est encore considérée comme contagieuse de la scarlatine, elle est admise au Service spécial, châlet Alexandre.

Le lendemain de son arrivée, on constate que le sein est globuleux et que dans les deux quadrants internes, pointent, au milieu de deux zones très rouges, deux abcès à fleur de peau. L'externe du service les incise d'un coup de pointe, le supérieur verticalement, l'inférieur à peu près horizontalement. Il s'en échappe une grande quantité de pus vert, strié de sang, fétide, ayant toutes les apparences du pus à streptocoques. La glande diminue légèrement de volume, laissant apparaître d'autres tuméfactions fluctuantes et indurations qui ne se drainent pas par les voies d'assèchement qu'on vient d'établir. Aussi propose-t-on une opération plus large pour le lendemain. Ce qui est accepté.

Opération (Docteur W. Carpentier) sous anesthésie générale par le chloroforme.

Longue incision sous-mammaire de Morestin, circonscrivant plus de la demi-circonférence de ce sein redevenu très volumineux, malgré les petites évacuations de la veille. Décollement progressif de la glande. On doit pincer, chemin faisant, de nombreux vaisseaux, surtout vers l'aisselle.

Bientôt on tombe dans une loge qui s'ouvre derrière la glande et dont la paroi postérieure était constituée par la paroi thoracique. On remarque en passant que cette loge n'a pas déversé son contenu dans le tissu cellulaire rétio-glandulaire, mais que celui-ci s'est condensé, formant une barrière épaisse mais friable.

Le sein est facilement retourné face pour face et pris entre les doigts. On repère ainsi cinq loges dont deux communiquent par un étroit diaphragme. Sur ces cinq abcès, deux se drainent par les incisions faites la veille. Ce sont d'ailleurs les plus vastes. Toutes ces loges sont tapissées de membranes pyogènes, de surface, très irrégulière, tomenteuses par places, hérissées de débris sphacelés et fétides par ailleurs.

La disposition des cavités qui sont contiguës permet de les faire communiquer les unes avec les autres en quelques coups de ciseaux, ce qui revient à peu près à faire l'exérèse de leur plan thoracique, de sorte qu'elles débouchent largement dans la plaie opératoire. Curettage, grattage plutôt de toute la surface infectée. On panse à plat et on laisse retomber le sein.

On ne prête nulle attention aux incisions de la veille et l'on ne draine ou contre-draine pas par cette voie.

Pansement bien ouaté et fortement serré, pour faire l'hémotase des capillaires qui saignent partout.

Le lendemain la température tombe de 39°7 à 38°2. Les douleurs ont cessé. La malade est inondée de pus fétide. On ne change pas les mèches rétro-mammaires.

Dans la suite, à partir du 3^e jour, le pansement fut régulièrement changé tous les jours. La détersion fut complète au bout de quinze jours, et le bourgeonnement devint à ce point exubérant qu'il fallut toucher fréquemment les surfaces cruentées au nitrate d'argent.

Il est à remarquer que la peau du sein se rétractant, le tissu glandulaire fait hernie au dehors. La cicatrisation de la peau est difficile à réfréner. On tasse de la gaze dans les commissures de la plaie opératoire pour empêcher la réunion trop prompte.

La guérison n'est complète qu'en septembre, soit à peu près trois mois après l'opération.

M^{lle} D..., devenue depuis M^{me} H..., a été revue, ces temps derniers, près de sept ans après sa maladie. Elle a eu un enfant à terme et a fait une fausse-couche.

Elle ne peut dire si le sein autrefois malade aurait pu fonctionner régulièrement pour l'allaitement car elle n'a pu nourrir pour des raisons extra-médicales. Elle se rappelle, en tout cas, que la montée laiteuse ne fut guère importante d'un côté comme de l'autre. Elle n'a pas souffert du côté opéré ni pendant la grossesse, ni après l'accouchement, ni pendant les règles.

Actuellement, le sein droit, jadis atteint, est un peu plus petit que le gauche. Il semble un peu plus plat, le mamelon étant situé plus bas que son congénère.

La cicatrice opératoire est visible, mais blanche et pas du tout disgracieuse. Les deux incisions antérieures à l'opération sont très peu marquées à leur niveau, la peau fait un léger pli au fond duquel est la cicatrice. Le résultat esthétique est excellent.

CONCLUSIONS

- I. — L'abcès du sein chez la jeune fille est extrêmement rare.
- II. — Le maximum de fréquence se rencontre entre 14 et 17 ans.
- III. — Le sein droit paraît plus souvent atteint que le gauche (6 fois sur 7 d'après nos Observations).
- IV. — Le germe infectieux peut être le streptocoque, le staphylocoque, le bacille d'Eberth, le bacille paratyphique.
- V. — La circulation intense qu'on observe à cette époque prédispose à l'infection.
- VI. — Le traumatisme peut être une cause prédisposante en créant un *locus minoris resistentiæ*.
- VII. — Le mode d'infection peut être exogène (ulcérations, folliculite, gale, pédiculose) ou endogène (typhoïde, scarlatine, furonculose).
- VIII. — Qu'il s'agisse de mastite ou de paramastite, les abcès peuvent être uniques ou multiples, superficiels ou profonds, être communicants ou non, aigus ou chroniques, fermés ou fistulisés.
- IX. — Dans les cas les plus compliqués, les éperons ou cloisons sont un obstacle au drainage, les cavités ayant des parois rigides et ne s'affaissant pas complètement.
- X. — Les cavités sont tapissées de membranes pyogènes remplies de débris sphacelés, putrides quelquefois.
- XI. — Dans la mastite, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.
- XII. — Dans la paramastite, il y a le plus souvent de l'engorgement ganglionnaire.
- XIII. — Les abcès aigus sont douloureux. Les abcès chroniques peuvent évoluer dans une parfaite indolence.
- XIV. — Il n'y a de phénomènes fébriles apparents que dans les cas aigus ou subaigus.
- XV. — Il est probable que l'élévation thermique passe inaperçue dans les formes chroniques.
- XVI. — Le sein est tantôt maronné d'abcès, tantôt il paraît augmenté de volume dans tous ses diamètres.
- XVII. — Il est regrettable qu'on ne songe pas à prendre la température locale dans les cas chroniques.

XVIII. — La fluctuation n'est pas constante. La renitence est fréquente.

XIX. — La ponction exploratrice doit toujours être faite dans les cas douteux. Mais elle doit être faite aseptiquement et méthodiquement.

XX. — L'examen bactériologique peut être utile en certains cas

XXI. — Même remarque pour l'hémoculture.

XXII. — La radiographie n'interviendra qu'en cas de diagnostic différentiel délicat (ostéites costales, ostéomyélites).

XXIII. — Le diagnostic différentiel sera fait avec les autres affections du sein ou du thorax pouvant constituer des collections liquides.

XXIV. — Le diagnostic des tumeurs, en ce qu'elles peuvent donner la sensation de fluctuation ou de renitence, doit être également discuté.

XXV. — Le traitement consiste dans l'ouverture et le drainage de l'abcès.

XXVI. — L'incision simple par voie antérieure suffit dans les abcès uniques et sous-cutanés.

XXVII. — Des abcès plus profonds pourront encore relever de la voie antérieure, mais à condition que l'incision soit large et le drainage déclive.

XXVIII. — Tous les autres cas seront attaqués par voie sous-mammaire sans tenir compte du siège ou des fistules ou même d'interventions antérieures.

XXIX. — Au point de vue esthétique, cette voie est la meilleure; le sein se développe un peu moins dans la suite.

XXX. — Toutefois les incisions antérieures des petits abcès superficiels blanchissent à la longue et ne donnent qu'un pli ou un peu de capitonnage.

XXXI. — Au point de vue fonctionnel, en dehors des petits abcès sous-cutanés, des abcès même importants de la périphérie du sein, le pronostic sera réservé.

Vu :

Le Président de thèse,
LEJARS.

Vu :

Le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

ANSPACH. — *American Journal medic. Sciences*, Philadelphie, 1904.

BAUMGARTNER. — *Maladies de la Mamelle*.

BEAUNIS et BOUCHARD. — *Anatomie*.

BINAUD et BRAQUEHAYE. — *Traité de Chirurgie clinique et opératoire*.

CASTEX. — *Revue de Chirurgie*, 1887, page 556.

CHASSAIGNAC. — *Traité pratique de la Suppuration*.

DELBET (Pierre). — *Traité de Chirurgie*. — DUPLAY et RECLUS.
— Art. : *Mamelle*.

DUBAR. — *Des Tubercules de la Mamelle*, Paris, 1881.

DUPLAY-ROCHARD-DESMOULINS. — *Manuel de Diagnostic chirurgical*.

HARDOUIN et MARQUIS. — *Revue de Chirurgie*, 1908.

LEJARS. — *Chirurgie d'urgence*.

MERCUIT. — *Archives générales de Médecine*, 1896.

MACQUERON. — *Thèse*, Paris, 1908.

OMBREDANNE. — *Pathologie externe*.

RICHEL. — *Gazette Hôpitaux*, 1880, page 433.

ROGER. — *Presse Médicale*, 1907, page 432.

SCHMIDT. — *Beitrage z Klin Chir*, 1889, IV, page 40.

SOULIER. — *De la Mammite typhoïdique*, Th. Montpellier, 1907.

SOULIGOUX. — *Affections chirurgicales de la Poitrine*, 1911.

STEINBERGER. — *Wiener med. Presse*, 1889, Dd XXX, page 184.

TEINEM. — *Deutsch. Zeit. Chr. für Chir.*, 1908.

TESTUT. — *Anatomie descriptive*.

TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique*.

TILLAX. — *Traité d'Anatomie*.

VASSAL. — *De la Mammite des Adolescents*, Th., Paris, 1893.

WEBER. — *American Journal /s obstetrics*, 1893, XXVII.

